Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtor arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 5 grudnia 1885. **№ 49.** Rok XXIV.

I. Z kliniki chirurgicznéj prof. Dra Mikulicza w Krakowie.

Przyczynki do chirurgii.

XV.

Przypadek groźnéj asfiksyi wśród narkozy chloroformowéj z pomyślném zakończeniem.

Podał **Dr. A. Bossowski**, asystent téjże kliniki.

Tłumaczenie działania chloroformu na ustrój człowieka, zwłaszcza zaś dokładne wyjaśnienie groźnych objawów wydarzających się śród narkozy chloroformowéj, a nierzadko kończących się śmiercią, napotyka dziś jeszcze na znaczne trudności, których dotąd liczne prace fizyjologiczne w zupełności opanować nie mogły, a to tém mniéj, gdy wynik badania pośmiertnego daje pospolicie rezultaty ujemne. Pozostaje jedynie droga skrzętnego gromadzenia spostrzeżeń klinicznych, którą zwolna wprawdzie i z oględnością postępując, wypada zastąpić niedostatek bezpośredniego doświadczenia. Ścisłe roztrząśnienie każdego przypadku wraz z należytém uwzględnieniem okoliczności, śród których wystąpiły ciężkie zaburzenia podczas narkozy chloroformowéj, sprostać może jedynie zadaniu wyświecenia tych cennych i zagadkowych przypadków, które dotąd w rubryce „niewyjaśnionych“ zajmują miejsce. Podstawę do wydania stanowczego sądu stworzyć może tylko liczny i obfity materyjał, któremu zbywa dotąd niestety na téj odmianie przypadków, gdzie groźne zaburzenia śród narkozy kończyły się zwrotem pomyślnym. W stosunku do użycia chloroformu nielicznie publikowany poczet obejmuje, z wyjątkiem kilku, wyłącznie takie przypadki, w których ustanie funkcyi życia zwracało dopiero uwagę chirurgów na nieprawidłowości narkozy, pozbawionéj tém samém ścisłéj i dokładnéj obserwacyi. Zbyteczném dodawać, jak pożądaném również byłoby ogłaszanie zaburzeń śród narkozy chloroformowéj szczęśliwie przebiegających i w tym kierunku właśnie jako przyczynek niech posłuży następujący przypadek o pomyślnym przebiegu zaczerpnięty z kliniki chirurgicznéj prof. Mikulicza.

K. R, kandydat notaryjalny, lat 25, przyjęty d. 29 kwietnia do kliniki chirurgicznéj z cierpieniem gruźliczém w stawie kolanowym lewym. Mężczyzna wątłéj budowy, licho odżywiony, o skórze i błonach śluzowych bladych, okazuje w narządzie oddechania zagęszczenie szczytu prawego płuca, narząd krążenia i trawienia nie przedstawia zboczeń. Stłumienie serca występuje w granicach prawidłowych, uderzenie koniuszkowe w miejscu właściwém, tony serca czyste, tętno pełne i silne daje 84 uderzeń na minutę. Mocz prawidłowy. W celu usunięcia części chorobowych z kolana postanowił prof. Mikulicz wykonać w d. 4 maja 1885 r. resekcyję stawu kolanowego, na którą chory chętnie się zgodził i bez obawy lub silnego wzruszenia poddał się uśpieniu chloroformem, zachowując od wieczora dnia poprzedniego ścisłą dyjetę. Do narkozy użyto, jak zazwyczaj, mięszaniny chloroformu z eterem i wyskokiem (4:1:1), stosowanéj za pomocą koszyka Esmarcha. Po upływie 10 minut, śród których zużyto około 30gr. mięszaniny, podawanéj z początku nader powoli w klinice naszéj ze względów ostrożności, wystąpił krótkotrwający okres podniecenia, cechujący się jedynie tém, że chory zachowujący się od rozpoczęcia narkozy całkiem spokojnie, począł teraz liczby wymawiane donośniéj i z naciskiem wygłaszać. Tętno nieco przyspieszone, szybsze niżli w chwili rozpoczęcia narkozy, oddechy równe i prawidłowo głębokie, źrenice niestosunkowo w tym okresie rozszerzone, lecz tęczówka jak również i rogówka oddziaływają dobrze na właściwe bodźce. Nagle śród okresu podniecenia po użyciu w całości około 50gr. mięszaniny, oddechy straciły regularny dotąd bieg, stały się płytkie i ustały wreszcie w zupełności, tętno dobrze macalne choć częste, 100 uderzeń na minutę, nie zdradzało zresztą żadnych zboczeń. Twarz chorego przybrała barwę trupio-bladą, źrenice rozszerzyły się *ad maximum*, rogówka nie oddziaływała wcale na bodźce mechaniczne. Śród wyciągania języka, do czego prze-

dewszystkiém zwrócono się, zauważył lekarz kontrolujący tętno, że nie daje się ono już wyczuć. Przystąpiono natychmiast do wzbudzenia sztucznego oddechania metodą Silvestra, trzymając daléj język ujęty w kleszcze i wyciągnięty. Po kilkunastu sztucznych ruchach odruchowych powróciło tętno, a chory począł sam oddechać, niebawem jednak przed podaniem dalszém chloroformu po upływie może minuty oddech i tętno znikły powtórnie. Oddechanie sztuczne tym razem przez dłuższy czas zastósowane nie pozostało bez skutku, oddechy samoistne znowu wróciły, a wraz z niemi pojawiło się tętno. Gdy po upływie kilku minut oddechy jak niemniéj i tętno wracając do normy odzyskały swój pierwotny charakter wykonał prof. Mikulicz resekcyję stawu kolanowego przy częściowém tylko uśpieniu chorego, który oddziaływał dowolnemi ruchami i krzykiem na pół świadom poszczególnych aktów operacyjnych. Śród dalszego podawania mięszaniny chloroformowéj z wszelką ostrożnością w małych tylko ilościach trzymano nadal w kleszczach język wyciągnięty z jamy ust, oddalając gromadzący się obecnie w znacznéj obfitości śluz przez oczyszczenie gardziela zwitkami waty. Tętno utrzymywało się w dalszym ciągu narkozy pełne, choć nieco częstsze, niż przed uśpieniem, oddech nie zdradzał więcéj żadnego zboczenia, żrenice wprawdzie rozszerzone, lecz tęczówka i rogówka oddziaływają należycie. Czas trwania narkozy całéj wynosił godzinę i 20 minut i nie był zakłócony wcale wymiotami. W pół godziny po ukończeniu zabiegu operacyjnego chory przyszedł w zupełności do siebie i rozbudziwszy się czuł się całkiem swobodnym nie doznając żadnych przypadów, które są zwyczajném następstwem każdéj niemal narkozy chloroformowéj.

Przypadek opisany zaliczyć należy do kategoryi tych, gdzie pierwsze objawy niebezpieczeństwa zwiastuje narząd oddechania i gdzie ruchy oddechowe znikają, zanim wygaśnie czynność serca. Mieliśmy więc niewątpliwie do czynienia z asfiksyją w okresie podniecenia chloroformowego, któréj obraz jednakowoż mniéj ostro zarysował się przez to, że twarz chorego była trupio blada, a żrenice rozszerzone ad maximum. Ze zwiastunów, które pospolicie poprzedzają typową asfiksyję, jedynie płytkie i nieregularne oddechy pouczyły o zbliżającém się niebezpieczeństwie; okres podniecenia nie zaznaczył się bynajmniéj wystąpieniem skurczów lub stężenia mięśniowego i nie sprowadził zrazu żadnéj zmiany w spokojnych i prawidłowo dotąd głębokich ruchach oddechowych. Zboczenia podobne od typowego przebiegu asfiksyi nie należą przecież do rzadkości, jak wskazuje przypadek opisany przez Facilidesa (*Archiv der Heilkunde von Wagner*, 1872, I z.), gdzie w okresie podniecenia nagle ustały oddechy, tętno osłabło, twarz przybrała wejrzenie trupie, i w parę chwil później chory żyć przestał. Kapeller (*Deutsche Chirurg.*, Lief. 20) wspomina zaś, że pewna część przypadków asfiksyi w niezupełnéj narkozie zbliża się tak dalece do przypadków synkopy, iż należy przypuścić pewne formy przejściowe, gdyż ścisłe rozdzielenie obu form powyższych w tych razach przeprowadzić się nie da. Bez względu na to, czy przypadek rzeczony uważać trzeba za asfiksyję czy też, mimo zboczeń najprzód w narządzie oddechowym występujących, za formę przejściową między asfiksyją a synkopą, cechującém jest to, że zatrważające objawy pojawiły się rychło w niezupełnéj jeszcze narkozie i to po użyciu niezbyt wielkiéj ilości chloroformu (50gr. mięszaniny chloroformowéj), stósowanego za pomocą koszyka Esmarcha, który poprzednio, jakoteż tegoż samego dnia jeszcze podawano bez niebezpieczeństwa dla narkotyzowanych. Wykluczywszy w naszym przypadku stanowczo działanie zbyt zgęszczonych par chloroformu (shock) lub zbyt silne wzruszenie umysłu, trudno oprzeć się téj myśli, że w ustroju chorego tkwiła pewnego rodzaju idiosynkrazyja do chloroformu, któréj pierwszy Robert przypisał pewne znaczenie, przyznane jéj również ze strony Billrotha. Podobnie jak inne organiczne lub nieorganiczne środki, że wymienię wyskok, morfin, kalomel, rtęć, atropin, naparstnicę, jodoform w normalnych stosowane dawkach sprowadzają niekiedy zatrucie lub groźne objawy dostrzegane zazwyczaj dopiero po użyciu ich w znacznie większéj ilości, tak też chloroform wprowadzony do krwi w skąpych tylko ilościach wywołuje częstokroć groźne zaburzenia, których oczekiwaćby należało dopiero po podaniu go w znacznéj obfitości. Przypuszczając działanie chloroformu na ośrodki oddechu i krążenia w rdzeniu przedłużonym się mieszczące, idiosynkrazyja jako taka nie tłumaczy nam sposobu, w jaki to działanie przychodzi do skutku, lecz wyjaśnia przynajmniéj w części przypadki podobne do naszego lub takie, gdzie ciężkie zaburzenia wystąpiły po użyciu kilku zaledwo gramów środka, którym bezkarnie posługujemy się innym razem w 10-kroć większych ilościach. Pewném jest, że z chwilą, gdy hypotezy co do sposobu działania chloroformu ustąpią miejsca pewnikom, znajdziemy środek rozwiązania ciemnych dzisiaj przypadków, lecz nawet wówczas idiosynkrazyja nie straci nic na swéj wadze, jeśli będzie pojmowana tylko w właściwém swém znaczeniu, jako łącznik, jako wartość pośrednia.

Przypadek nasz jeszcze i pod tym względem zasługuje na wzmiankę, że dzięki przedsięwziętym zabiegom ratunkowym udało się ocalić choremu wielce zagrożone życie. Czy okoliczność tę przypisać jedynie i wyłącznie temu, że pierwsze zaburzenia dotknęły ośrodków oddechania, podczas gdy ośrodki dla ruchów serca nierównie późniéj doznały upośledzenia w swych funkcyjach?

Nie da się zaprzeczyć, że wydalenie z ustroju zaburzającego środka drogą sztucznego oddechania najrychléj osiągnie skutek, jeśli popartém będzie skutecznie siłą krążenia choćby słabego lecz jeszcze się utrzymującego, które oswobadzając z jednéj strony ośrodki od wpływów zgubnie na nie działających, ożywia je, pobudza równocześnie przez zasilenie ich krwią lepiéj utlenioną i poprawioną w swym składzie. Z drugiéj strony jednak nie można się zgodzić zupełnie z twierdzeniem Bayera (*Prager med. Wochensch.*, 1885, Nr. 38, 39), iż w przypadkach synkopy, gdzie przeto przerwa w krążeniu poprzedza ustalenie ruchów oddechowych, sztuczne oddechanie ma tylko znaczenie odruchowego wzbudzenia czynności serca i dla tego pospolicie zawodzi. Wydalenie przynajmniéj części chloroformu z płuc przez wywołanie sztucznych oddechów i rozdzielenie się większe pozostałéj ilości nie może być bez znaczenia również w przypadkach synkopy a w pewnych razach nawet może wystarczy do rozbudzenia przytłumionéj już działalności ośrodków serca i oddechu. Jak mały zresztą wpływ wywiera bezpośrednie drażnienie serca, tam gdzie ośrodki straciły swą pobudliwość, dowodzą ujemne wyniki akupunktury i elektropunktury serca w przypadkach synkopy. Niemałéj wagi pod względem skutecznego ratunku jest również bezsprzecznie szybkość, z jaką następują zaburzenia oddechu i krążenia, na przebieg któréj nie bez wpływu zostaje zgęszczenie wdechanego chloroformu. Zwolna i śród dłuższych okresów postępujące znieczulenie przy pomocy mięszaniny chlo-

roformu z eterem i wyskokiem pozwala spostrzedz i ocenić zboczenia w tym czasie, gdy przerwanie narkozy i podjęcie zabiegów ratunkowych budzi jeszcze nadzieję powodzenia. Przeoczenie téj stanowczéj chwili wraz z dalszém nasycaniem krwi zgęszczonym chloroformem bezpowrotnie niweczy szanse ratunku tam, gdzie niewątpliwie istniała możność ocalenia. Z tych względów posługuje się prof. Mikulicz, podobnie jak i Billroth, wyłącznie mięszaniną chloroformu, stosując ją równie dobrze u dorosłych jak i u dzieci, jakotéż u chorych z wybitnemi wadami serca lub z zatruciem wyskokowém przewlekłém, podając czasem u tych ostatnich poprzednio morfin w formie wstrzykiwań. Wprawdzie uśpienie następuje wolniéj, a narkoza głęboka udaje się dopiero po użyciu sporéj ilości mięszaniny chloroformu, to przecież z drugiéj strony trzyma się, można powiedzieć, w ręku cały bieg i pojedyncze fazy narkozy i spostrzega się dość wcześnie groźne zaburzenia, aby przerywając narkozę z korzyścią jeszcze przeciw nim działać.

II. Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie.

Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu św. Ludwika od r. 1879 do 1882.

Podał Dr. Emanuel Rosenblatt.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 48).

W ciągu trzechlecia, z którego zebraliśmy przypadki chorób ustroju nerwowego, znaleziono przy sekcyi wynaczynienie w jamie czaszkowéj 5 razy, którego ani razu nie rozpoznaliśmy za życia. W ogólności nie przypuszczaliśmy żadnego zboczenia w ośrodkach w 4ch przypadkach, pozostających wprawdzie przez bardzo krótki czas w obserwacyi, gdyż przyjętych prawie w stanie konającym, podczas gdy w 5tym rozpoznaliśmy wodogłowie ostre, które wprawdzie sekcyja stwierdziła, lecz nie przypuszczaliśmy równoczesnego istnienia wynaczynienia, gdyż objawy dały się w zupełności samą sprawą zapalną wytłumaczyć.

Przypadki te dotyczyły trzech chłopców i trzech dziewcząt w wieku: 1 przypadek 6 tygodni, 1 przypadek 7 tygodni, 1 przypadek 5 miesięcy, 1 przypadek 2 lata, 1 przypadek 11 lat. Co do pory roku, w któréj wystąpiły to w kwietniu 1, w lipcu 1, w październiku 1, w listopadzie 2. Co do siedziby wynaczynienia, to w 2ch razach znajdowało się w oponach miękkich ponad półkulą lewą, raz w splotach naczyniowych rogu tylnego komórki lewéj, raz w lewém *centrum semiovale* *Vieussenii* a raz na dolnéj powierzchni mostku Varola. Przypadki te są następujące:

1) Maryjanna Przcisówna, dziewczyna 6-tygodniowa, przyjęta 30 listopada 1879. Kościec prawidłowy, odżywienie mierne, gruczoły pachwinowe nieco przerosłe. Cera sinawa, ciepłota skóry obniżona. Z tyłu w obu dolnych płatach płuc oddech słabo słyszalny, ton wypukowy krótszy, powyżéj objawy rozległego nieżytu oskrzeli. Rozwolnienie trwające już dni 5, wypróżnienia żółte, wodniste, od kilku dni dziecię piersi chwytać nie chce, odżywienie sztuczne. Sinica rozwijała się coraz mocniéj a o godzinie 5 wieczorem nastąpiło zejście śmiertelne.

Sekcyja wykonana 2 grudnia 1879 wykazała: *Bronchitis, atelectases disseminat. Catarrhus subacutus intestini tenuis. Residua haemorrhagiae intermeningealis. Tumor cavernosus hepatis.* Między oponą twardą a miękkiemi po stronie lewéj ślady wynaczynienia w postaci masy brunatnéj cienki pokład tworzącéj jakotéż pokładu barwika żółtawego i różowego.

2) Józef Ziarko, chłopiec 7-tygodniowy, przyjęty 5 października 1881 z objawami przewlocznego nieżytu żołądka i jelit. 6 października dwukrotne wymioty po jedzeniu, stolców 8; c. w. 38·4, ciemię zapadłe, sinica, oddech przyspieszony, stękający. Odgłos wypukowy ponad podstawą płuca prawego stłumiono-bębenkowy, po lewéj z tyłu na wewnątrz łopatki stłumiony, oddech chuchający, trzeszczenia. 7 października rano sinica wzmaga się, tętno niewyczuwalne, wymioty i zapad ogólny. o godz. 10 rano umarł. Według podania matki rozpoczęło się rozwolnienie dopiero przed 2ma tygodniami, wymioty wystąpiły dopiero w dniach ostatnich. Drgawek, wykrzykiwań, zrywania się, śpiączki nie było.

Sekcyja wykonana 8 października 1881 wykazała: *Pneumonia lobularis et atelectasis disseminata bilateralis, praecipue loborum inferiorum. Bronchitis capillaris diffusa et oedema pulmonum. Enterocatarrhus chronicus c. hyperplasia gland. mesaraicarum. Hyperaemia meningum cerebri et cerebelli, Haemorrhagia capillaris circa pontem Varoli.* Zatoki oponowe krwią ciemną przepełnione, również żyły na powierzchni mózgu. Opony miękkie znacznie przekrwione i w drobniutkich naczyniach nastrzykane. Około mostu Varola i na dolnéj powierzchni móżdżku dość rozlegle wynaczynionki krwawe w tkaninie opon miękkich. Mózg znacznie przekrwiony w istocie korowéj i rdzeniowéj, różowawy. Na przekroju istoty rdzeniowéj bardzo liczne punkciki krwawe z przeciętych naczyń. Komórki mózgowe prawidłowych rozmiarów, wyściółka i sploty przekrwione. Treść komórek ciecz surowicza w miernéj ilości. Na wzmiankę zasługuje, iż otwór owalny między przedsionkami i przewód Botala otwarte.

3) Józefa Ziębówna, dziewczyna 5-miesięczna, źle odżywiona, przyjęta 27 lipca 1880 z przewłocznym nieżytem jelit. Ciemię zaklęśnięte, oddechanie powierzchowne, rozwolnienie częste treścią śluzową zielonéj barwy, członki zimne, zapad 28 lipca wypuk czczy i stłumiony w pasze prawéj i z tyłu po nad płatem dolnym płuca, trzeszczenia, oddech oskrzelowy. 12 sierpnia o godz. 4 rano umarła.

Sekcyja (wykonana 1 sierpnia 1880) wykazała: *Bronchopneumonia dextra sbsq. pleuritide exsudativa dextra. Enteritis chronica totius intestini, hyperplasia chronica glandular. mesaraicar. Infarctus uratici renum. Haemorrhagia plexus arachnoid. cornu posterior. ventriculi lateralis hemispherae sinistrae cerebri.* W rogu tylnym komórki bocznéj lewéj mózgu splot naczyniowy w kształcie ciała walcowatego jednostajnie krwią skrzepłą, ciemno-czerwoną nasiąkły wypełnia szczelnie jamę rogu. Przewód Botalla drożny, *foramen ovale* w kształcie wąskiéj szczeliny.

4) Władysław Kilian, chłopiec 2-letni, miernie odżywiony, przyjęty 15 listopada 1879, ze znacznym przerostem śledziony i rozpoczynającém się charłactwem zimniczém. 30 listopada zapada na ospę, któréj przebieg w niczém nie odróżniał się od innych przypadków. 4 grudnia zapad, zsinienie pęcherzyków a w południe chory umarł.

Sekcyja wykonana 6 grudnia wykazała: *variola vera in stadio florescentiae. Haemorrhagia intermeningealis supra convexitatem sinistrae cerebri hemisphcrae.* Po stronie lewéj ponad półkulą opona twarda w znacznéj rozległości brudnoczerwono zabarwiona, gładka, ani powierzchnia zewnętrzna ani wewnętrzna, która jest pokryta w znacznéj rozległości ciemno-czerwonym świeżym skrzepem krwi, nie okazują drzewkowatego nastrzyknięcia.

5) Michalina Ślusarczykówna, dziewczyna 11-letnia do-

brze odżywiona przyjęta 12 kwietnia 1879. Kościec prawidłowo zbudowany, wymiary jednak czaszki w stosunku do wieku i kadłuba za małe. Obwód czaszki wynosi $48^1/_2$ cm., wymiar prosty $16^1/_2$, poprzeczny 14 cm. przy obwodzie klatki piersiowéj 54 cm. a długości 116 cm. Na skórze zmian nie ma, gruczoły karkowe i pachwinowe macalne, nieco obrzękłe. Nad szczytem płuca lewego klatka piersiowa zapadnięta, śledziona powiększona, macalna, wątroba prawidłowa. — Brzuch ciastowaty, przy głębokim ucisku, zwłaszcza w okolicy kiszki ślepéj, bolesny, przyczém obecność kału stwierdzić można. Chora apatyczna, na pytania z trudnością tylko odpowiada, choć przytomność nie jest zniesiona. Wymiotuje często płynem zielonkowatym, a pomimo kilkakrotnego zażywania w domu olejku rącznikowego i stósowania lawatyw stolca nie miała. Przed pół rokiem miała chora podobnie zapaść, lecz po krótkim czasie odzyskała zdrowie i wtedy po wymiotach nastąpiły drgawki przerywane, jak to miało miejsce w przeddzień oddania choréj do szpitala. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy, czy niemi były wymioty czy téż drgawki, dokładnie od rodziców dowiedzieć się nie można. Ciepłota wieczorna 37·4°C., tętno spokojne, regularne, brak apetytu. W sferze ruchowéj ani czuciowéj zboczeń nie ma. Śpiączka. 13 kwietnia trzy razy w ciągu dnia drgawki przerywane mięśni twarzy, gałek ocznych i odnóg górnych trwające do kwadransa. Wymioty treścią zielonkowatą. Bezłakność, stolców mimo podania lawatywy z olejkiem rącznikowym nie było. — 14 kwietnia: Stan ten sam, przytomność utrzymana, obok stałego zobojętnienia.—15 kwietnia: Wreszcie po użyciu kalomelu jeden zbity, czarnawy stolec. Dwukrotne wymioty. Mocz oddany dobrowolnie, oddziaływa kwaśno, jest ciemny, wysycony i zawiera znaczną ilość białka, chlorki prawidłowe. Kilkakrotne napady drgawek. Źrenice wąskie, reakcyja ich powolna. — 16 kwietnia: Wymioty i drgawki, zapad znaczniejszy, chora już nic nie odpowiada. Lewy kąt ust ściągnięty ku dołowi, prawa ręka nieco słabsza. Stolce po kalomelu, c. w. 38·8°C.— 17/4 drgawek ani wymiotów nie było, 5 stolców po kalomelu c. r. 38·4· Źrenica prawa szersza. Afazyja, lecz przytomność znaczniejsza, gdyż palcem wskazuje, żądając wody stojącéj obok łóżka. O godzinie 2 po południu drgawki jednorazowe wieczorem c. 38·9, obie źrenice znacznie rozszerzone. W obydwu płucach liczne drobne rzężenia. 18 kwietnia: Ciepł. r. 38·4. Chora leży całkiem bezprzytomna z półotwartemi powiekami, ciągły zez zbieżny, zgrzytanie zębami, oddech nieregularny, za dotknięciem skóry występują plamy Troussa natychmiast. Chwilowo zaczerwieniają się policzki i czoło. Silne drgawki dwukrotne, znacznie silniejsze i dłużéj trwające od poprzednich, bo przeszło godzinę. Wieczorem c. 38·4, wykrzykiwania przeraźliwe. 19 kwietnia: Od godziny 2 w nocy charczenie i drgawki ogólne, rano o 8 tor oddechowy Cheyne Stokesa, tętno niewyczuwalne, gałki oczne skierowane ku górze, spojówki nastrzykane, płatami śluzu pokryte. Porażeń odnóg nie ma, w tym stanie o godzinie 12 w południe umarła.

Sekcyja wykonana 21 kwietnia 1879 wykazała: *Haemorrhagia in centro semiovali Vieussenii hemispherae sinistrae, circa thalamum opticum. Hydrocephalus acutus minoris gradus, applanatio gyrorum convexitatis. Degeneratio caseosa glandular. bronchial. subsq. peribronchitide caseosa bilateralis sbq. tuberculosi acuta miliaris universali. Peritonitis chronica adhaesiva, ulcera tuberculosa ilei, hyperplasia incipiens et degeneratio caseosa glaudular. mesaraicarum.*

Z podanych powyżéj historyj chorób przychodzimy do przekonania, iż w tych razach, gdzie zauważymy wszystkie te przypady, które według autorów mają odpowiadać wynaczynieniu w jamie czaszkowéj, możemy rozpoznać u dziecka toż wynaczynienie nie rozstrzygając jednak stanowczo, czy znajduje się w oponach mózgowych czy téż w saméj istocie mózgu; że jednak z drugiéj strony brak przypadów tych wcale jeszcze możności wynaczynienia nie wyklucza. Widzimy bowiem, iż w przypadku naszym 1szym nie zauważono zgoła żadnych przypadów odpowiadających zajęciu mózgowia lub jego oporu, a choć wywiady mogły być niedokładnemi, gdyż w ubogiéj warstwie społeczeństwa nie wiele zwracają uwagi na zjawiska chorobowe dziecka, to jednak co się tyczy drgawek lub porażeń twierdzić można, że z pewnością nie uszłoby uwagi otaczających.

W przypadku 2gim zauważono wprawdzie wymioty, te jednakowoż nie były jednorazowemi, lecz pojawiały się często a odpowiadały dyspepsyi, na jaką dziecię cierpiało. — Innych przypadów mózgowych nie było.

W przypadkach 3cim i 4tym również nie było żadnych przypadów, w 5tym wreszcie obserwowanym przez nas dni 7 odpowiadał obraz chorobowy najprędzéj jeszcze gruźliczemu zapaleniu opon mózgowych tak pod względem wywiadów jak i przebiegu. Objawy ogniskowe odpowiadające w tym przypadku siedzibie choroby po stronie lewéj mózgowia wystąpiły dopiero na 4 dni przed śmiercią, podczas gdy wejrzenie i spójność skrzepu wynaczynionego pozwalały wnioskować o dłuższém jego istnieniu.

Tyle co do trudności rozpoznania, lecz w powyższych przypadkach zwróciły uwagę naszą jeszcze następujące okoliczności: drożność przewodu Botala znaleziona w przypadkach 2gim i 3cim i bardzo częste położenie ogniska wynaczynienia po stronie lewéj.

Wiadomém jest, iż przewód Botala znajdujemy drożnym w przypadkach niedokładnéj czynności płuc po urodzeniu. Otóż przez analogiję przypuścić można, iż drożność przewodu w powyższych przypadkach zależną była od niedodmy płuc a ta ostatnia od wynaczynienia w oponach powstałego jeszcze prawdopodobnie podczas porodu.

Na częste występowanie wynaczynień po stronie lewéj zwrócono już uwagę, a przypadki nasze w zupełności spostrzeżenie to potwierdzają. Wspomnieć tu jeszcze muszę o przypadku podanym w Przeglądzie Lekarskim Nr. 7 z r. 1883, w którym tak samo ognisko wynaczynienia znajdowało się po stronie lewéj mózgu. (C. d. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

Sprawozdanie z drugiéj seryi posiedzeń w sprawie cholery odbytych w Państwowym Urzędzie Zdrowia w Berlinie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 48).

Punkt ten stanowiły praktyczne wnioski co do zarządzeń, jakieby podjąć przeciwko cholerze wypadało.

Na początku rozpraw zabiera głos Koch zwracając uwagę, że zarządzenia te muszą w pierwszym rzędzie uwzględniać, iż zarazek wytwarza się w człowieku i że zawierają go odchody. Celem więc zniszczenia zarazka należy odchody zaraz mięszać z odpowiedniemi środkami odwietrzającemi. Zdaniem Kocha najodpowiedniejszym jest kwas karbolowy, a mianowicie 5% rozczyn jego, który dodany w równéj ilości do odchodów i wymiocin zupełnie jest wystarczającym do zniszczenia prątków cholerycznych.

Gdyby można odchody chorych na cholerę chwytać w naczynia i zaraz mięszać ze środkami odwietrzającemi, to zniszczenie zarazka byłoby prostém i pewném i bylibyśmy już pierwéj lepsze skutki co do odwietrzenia osiągnęli niż się to dotąd stało. — Ale każdy kto tylko miał do czynienia z cholerycznymi wie, iż tylko część odchodów dostaje się do właściwych naczyń a reszta na ziemię, łóżko, ubranie, ręce chorych i pielęgnujących, należy więc również odwietrzać wszystko to, co zetknęło się z odchodami cholerycznych lub zetknąć się mogło.

Powalaną bieliznę należy zaraz wkładać do 5% rozczynu kwasu karbolowego lub do innéj jakiéj cieczy odwietrzającéj. W tym właśnie celu inne środki odwietrzające byłyby odpowiedniejszemi niż kwas karbolowy dla woni, którą ten ostatni wydaje, bo przy bieliznie nie idzie o prędkie odwietrzanie. Można ją pozostawić dzień lub nawet dłużéj w cieczy odwietrzającéj zanim się ją da do prania a z tego powodu słabszych środków odwietrzających używać można. Ubranie, którego do cieczy odwietrzających włożyć nie można, pierzyny, materace itd., należy odwietrzać w osobnych przyrządach odwietrzających strumieniami pary o 100° C.

Przedmioty, których ani cieczami ani gorącą parą odwietrzać nie można np. meble, wozy itd. sądzi Koch, że należałoby od użycia przez dłuższy czas wykluczyć, pozostawić w miejscach wystawionych na wpływ wysuszający powietrza mniemając, że przyrzut w suchym stanie rychło obumiera.

Bardzo często, np. na wsiach, gdzie brak i środków i przyrządów odwietrzających najlepiéj wszelkie mniéj cenne przedmioty jak starą bieliznę, stare suknie, sienniki itd. spalić, cenniejsze zaś dłuższy czas wietrzyć.

Wietrzenie i suszenie, względnie za pomocą opalania i przewiewu, zdają się Kochowi być najodpowiedniejszemi do odwietrzania izb, w których leżą chorzy. Odwietrzanie gazowemi środkami, a przedewszystkiém siarkowanie tych przestrzeni, które dawniéj tak wielką rolę odgrywało, jest, jak nowsze doświadczenia co do działania gazowych środków odwietrzających uczą, niepewne a po większéj części nawet niepotrzebne.

Służbę i rodzinę pielęgnującą należy nakłaniać o ile można do częstego mycia rąk, niedotykania ust rękoma a po każdém powalaniu rąk odchodami lub przed jedzeniem należy ręce odwietrzać kwasem karbolowym lub rozczynem sublimatu. Nie należałoby dopuszczać, aby w pokojach, w których znajdują się chorzy na cholerę, jedzono, co jednak u ubogich często miewa miejsce.

Wszystkiemi jednak temi zarządzeniami nie uda się całkowicie zniszczyć zarazka, bo mogą te zarządzenia znaleźć zastosowanie jedynie w cięższych przypadkach, które do publicznéj wiadomości dochodzą nie zaś w lżejszych przypadkach diaryj cholerycznych niewymagających pomocy lekarskiéj, co do których nie robi się doniesień. A mimo to są one niebezpieczniejsze niż wybitne przypadki cholery, gdyż odchody w nich zawierają prątki choleryczne, gdy sami chorzy mogą zajmować się swemi interesami i stykać się z otoczeniem niedomyślającym się niebezpieczeństwa. Rzecz ma się tu z cholerą podobnie jak z innemi przenośnemi chorobami np. ospą, odrą, płonicą, w których chodzący chorzy najczęściéj chorobę zawlekają.

Gdy się tak rzeczy mają, mimo odwietrzania przyrzut przez odchody, bieliznę, mydliny dostaje się do strumieni, studni, na pokarmy lub też w inny sposób np. przez owady itd. zawleczonym zostaje. Aby o ile można i ztąd grożące niebezpieczeństwo zażegnać, wypada zastósować ogólne środki zaradcze zmierzające do usunięcia przyrzutu z pobliża ludzi a gdyby tego nie można ściśle przeprowadzić, zapobiedz wnikaniu przyrzutu do przewodu trawienia.

Pierwszemu z tych zadań najlepiéj zadość czyni zupełne usunięcie kału i pomyj z obrębu mieszkań. Gdy zaś rozchodzi się o usunięcie mydlin i pomyj ze wszystkich sposobów usuwania nieczystości na pierwszeństwo zasługuje kanalizacyja. Gdzie nie ma całkiem kanalizacyi, należy pilną zwracać uwagę obok usuwania kału na pomyje, mydliny a względnie osobno je odwietrzać.

Odwietrzania dołów itd. nie uważa Koch za konieczne, bo prątki choleryczne równie jak i inne prątki z wilgotnych środków nie dostają się bezpośrednio z wyziewami do mieszkań, jak to dawniéj przypuszczano. Jedyną drogą, po któréjby to nastać mogło, stanowi woda czerpana z gruntu, ale droga ta bywa przeciętą, jak zaraz o tém mowa będzie. Według dotychczasowych doświadczeń zresztą prątki w kale rychło obumierają i z tego więc także powodu nie potrzeba osobnego odwietrzania dołów.

Aby przeszkodzić dostawaniu się, mimo wszelkich ostrożności zawleczonego jadu, do przewodu pokarmowego, zkąd jedynie zarażenie jest możebne, należy się starać, aby wszelkie pokarmy, a mianowicie wodę, ochronić od zanieczyszczenia przyrzutem. To ostatnie osiągamy przez dobre wodociągi. — Co do pokarmów zaś należy czuwać nad targami, miejscami zakupna, w szczególności mleka. Skoro woda i pokarmy nie pochodzą z zupełnie pewnych źródeł, należy je gruntownie i kilkakrotnie gotować, zanim się je pożywa. Nawiasem mówiąc w Indyjach gotowanie wody dla wojska angielskiego bywa zalecane, z czego wynika, że teoryja Cuninghama w praktyce nie zupełnie bywa uznawaną. Pokonywanie cholery w jakiemś miejscu tém bywa trudniejsze, im daléj sięga rozszerzenie się choroby. Z tego powodu wysokie ma znaczenie wczesne wszelkich środków przygotowanie i natychmiastowe przy wybuchu zastosowanie. Wynika ztąd, jak wiele zależy, aby pierwsze przypadki odpowiednio rozpoznać. Na szczęście jesteśmy obecnie w stanie uczynić to wykazując prątki choleryczne. Po rozpoznaniu pierwszych przypadków i zastosowaniu ostrożném i energiczném zarządzeń niezawodnie uda się najczęściéj stłumić zarazę już w zawiązku. Aby to umożliwić, należy, aby wszyscy lekarze lub przynajmniéj dostateczna ich ilość nauczyli się wykazywać prątki choleryczne tak, aby wszędzie w jak najkrótszym czasie można cholerę rozpoznać.

Gdy w początku zdarzy się pojedynczy przypadek cholery lub kilka tylko, konieczną jest rzeczą odosobnić chorego, przenieść do osobnego szpitala i poddać dotychczasowe jego otoczenie obserwacyi lub gdzie to uczynić można pozostawić chorego w mieszkaniu a innych mieszkańców domu przenieść gdzie indziéj (ewakuować.) Na szczególne uwzględnienie w czasach cholery zasługują zebrania i przewozy większéj liczby ludzi. Pierwszych należałoby, ile można, unikać, drugie wymagają tak na okrętach jak na kolejach starannego nadzoru.

Jako konieczne uzupełnienie środków przeciw cholerze wypada w końcu przytoczyć pouczenie, ile można szczegółowe, wszystkich warstw ludności. — Należy zatém ludność pouczyć co do dyjety, unikania wszelkiego znoszenia się z chorymi na cholerę i z miejscami dotkniętemi cholerą, co do zachowania się przy pielęgnowaniu chorych na cholerę, o utrzymywaniu w czystości i odwietrzaniu rąk, o postępowaniu z powalanemi sukniami i bielizną, o niebezpieczeń-

stwie połączoném z przesyłką i praniem bielizny chorych, o środkach ochronnych pod względem wody do picia i pokarmów, o postępowaniu ze zwłokami zmarłych z cholery, i o wielu innych rzeczach, które pieczy pojedynczych osób pozostawione być muszą, lub co do których władze sanitarne pomocy publiczności potrzebują. Nie potrzeba wspominać, że w czasie cholery należy postarać się o dostateczną pomoc lekarską i o zasób leków. Nie mniéj ważną wydaje się być Kochowi rzeczą, postarać się o pomoc ze strony dobroczynności prywatnéj przekazując jéj dostarczanie posilnego a dobrego pożywienia dla klas uboższych w kuchniach tanich, a daléj zaopatrywanie chorych w bieliznę, łóżka itd., urządzanie szpitali w małych miejscowościach, które same nie byłyby w stanie uczynić tego.

Oto pobieżny przegląd zarządzeń, które Koch celem pokonania cholery za konieczne uważa.

Günther uprasza o objaśnienie, jak rozumieć niektóre ustępy co do środków zaradczych wskazanych w reskrypcie ministerstwa Państwa niemieckiego ze względu na cholerę, w szczególności jaką wodę za wodę dla zdrowia niebezpieczną poczytywać wypada.

Odpowiada Koch, że dotąd zwykle za podstawę do ocenienia, czy woda jest zdrową, poczytywano jéj chemiczne przymioty i uznawano wodę za złą, gdy pewne granice (wskaźniki) co do ilości składników były przekraczane. Obecnie samo badanie chemiczne nie będzie wystarczać, zwłaszcza gdy będzie szło o to, czy woda jest wolną od przyrzutów i czy nie należy się obawiać zanieczyszczenia wody przyrzutami. Ponieważ wszelkie przyrzuty, jakie dotąd poznaliśmy, należą do drobnotworów, ilość więc tychże w wodzie wielkiéj jest wagi przy ocenieniu wody. Chociaż bowiem nie uda się znaleźć w wodzie samych przyrzutów skąpo się znajdujących, to przecież znaczniejsza ilość drobnotworów świadczy, że do wody domięszały się dopływy, domieszki itd. rozkładowe i drobnotwory zawierające, wśród których obok wielu nieszkodliwych drobnotworów w pewnych okolicznościach znajdować się mogą także i chorobotwórcze. Nawet czysta, dobra woda źródlana lub studzienna albo woda pozbawiona przez cedzenie zawieszonych istot nie jest zupełnie wolną od prątków i grzybków. Te ostatnie sadowią się w rurach studzien i wodociągów i domięszują się do wody oczyszczonéj, ale są nieszkodliwe i stosunkowo nieliczne. Według dotychczasowych spostrzeżeń waha się ilość drobnotworów w dobrych wodach między 10 do 150 zarodków zdolnych do rozwoju w 1 sz. cm. Jeżeli ilość ta zostaje przekroczoną, zachodzi podejrzenie zanieczyszczenia wody. Gdy zaś ilość dochodzi do 1000 i więcéj zarodników w 1 sz. cm., to woda taka, zdaniem Kocha, nie powinna służyć za wodę do picia, przynajmniéj w czasie cholery. Rozumie się, że obrana przez Kocha liczba 1000 jest równie dowolną, jak były wskaźniki chemiczne i każdy według swych zapatrywań może sobie liczbę taką ustanowić.

Günther czyni jeszcze jednę uwagę. Wspomniany reskrypt ministeryjalny Państwa niemieckiego zalecał, aby w pewnych punktach lekarze ustanowieni wchodząc do przedziałów wagonów kolejowych jednym rzutem oka badali przejezdnych. Chorzy mieli być w naprzód przygotowanych przestrzeniach pomieszczani, powalane wagony od dalszéj drogi wyłączone i odwietrzane. Günther mniema, że celem wyśledzenia wybitnie chorych nie potrzeba takich oględzin, wskażą ich współpodróżni. Do rozpoznania zaś choroby u lekko chorych taki rzut oka nie wystarcza. Z uwagi, że zdarzyć się może, iż ciężko chory zostanie zatrzymany w pobliżu celu swéj drogi, gdzieby znalazł odpowiedniejszą opiekę aniżeli w przygotowanych szpitalach tymczasowych sądzi Günther, że stósowniéjby było zalecić służbie pociągowéj czuwanie nad podróżnymi z okolic, w których panuje cholera, czy nie pojawią się chorzy na biegunkę. W tym razie służba powinna wskazać wagony zanieczyszczone, aby je wstrzymać i zarządzić ich odwietrzanie a zawiadomić telegraficznie urząd miejscowości, do któréj się chory udaje, iż taki chory przybywa, aby nad nim rozciągnąć pieczę policyjną. Zdaniem Günthera przeciw oględzinom w mowie będącym przemawia i to, że na lekarzy w takich stacyjach powoływani bywają niemający wielkiego doświadczenia, którym nieraz zdawać się będzie coś, co nie istnieje.

Koch odpowiadając oświadcza, że propozycyę Günthera uważa za konieczną a to z następujących powodów. W czasie cholery niezawodnie zdarzy się, iż pośród podróżnych znajdą się dotknięci cholerą, czyż mamy ich własnemu losowi zostawić, bo jeden chory może cholerę zawlec. Tak samo jak odosabniamy pierwszych chorych, powinniśmy zatrzymywać i odosabniać na granicy każdy pojedynczy przypadek, jaki się pośród podróżnych zdarza. Chorego na cholerę już ze względu na wraz z nim jadących w wagonie pozostawiać nie możemy. W końcu i ze względu na samego chorego nie możemy go zostawić losowi, ale należy go pomieścić w odpowiedniém miejscu w opiece lekarskiéj. Rewizyje pociągów kolejowych są jednak przewidziane jedynie dla stacyj głównych, dla tego nie będą stanowić znacznego ograniczenia komunikacyi w téj myśli wykonywane, jak Koch wskazał i nie staną się ciężarem Państwa, które je zaprowadzi.

Zdaniem z kolei przemawiającego Pistora w mowie będący środek nie odniesie skutku. Podróżni I i II klasy sami o siebie dbają gdy są chorzy, nie wyczekują téż okresu zapadu lecz wysiadają gdy są słabi na najbliższéj stacyi a podróżni III i IV klasy z obawy nieprzyjemności przy rewizyi wysiadać będą na ostatniéj przed granicą stacyi i przedostawać się za granicę. Tak dzieje się w innych razach tak i w tym razie rzecz mieć się będzie.

Günther nadmienia jeszcze co do tego przedmiotu, iż mniema, że gdy ciężko chory jest w przedziale wagonu, to lepiéj kazać przesiąść się innym podróżnym, aniżeli jego ruszać. (Dok. n.)

Oser: O nerwicach żołądka i ich leczeniu.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 48).

Do drugiéj grupy należy: 1) Kurcz części wpustowéj żołądka. O kurczowem zamknięciu się wpustu żołądka przekonać się czasem można wśród wprowadzania miękkiego zgłębnika do żołądka, w téj chwili bowiem natrafia się na silny opór.

W takim razie najodpowiedniéj zaczekać kilka minut, poczém zgłębnik znów z łatwością daléj przechodzi. Chwilową przerwę w wypływie treści z żołądka przez miękki zgłębnik należy również odnieść do skurczu części wpustowéj żołądka. Kurczowe zamknięcie się wpustu żołądka jest czasem przyczyną pojawienia się bębnicy żołądka — i na odwrót nadmierne wypełnienie żołądka gazami wywołać może, zdaniem autora, kurcz wpustu w drodze odruchowéj. Jedno i drugie łączyć się może z uczuciem bólu lub gniecenia w żołądku. Wprowadzenie zgłębnika do żołądka przynosi w takim razie natychmiastową ulgę.

2) Kurcz odźwiernika jest przyrody odruchowéj. Autor spostrzegał kurcz odźwiernika w przypadkach wrzodu, usadowionego w części odźwiernikowéj. Dowodem istnienia

takiego kurczu była rozstrzeń żołądka, która wkrótce po zagojeniu się wrzodu ustąpiła. Wrzód odźwiernika wywołać tu musiał kurcz odźwiernika, podobnie jak *fissura ani* wywołuje odruchowo kurcz źdźiergacza odbytnicy, skutkiem zaś stenozy odźwiernika, powstała rozstrzeń żołądka, która ustąpiła z ustąpieniem przyczyny, wywołującéj kurcz odźwiernika. Powodem kurczu żołądka może być także nadmiernie kwaśna treść żołądka i choroby nerwowe, jak macinnica lub neurastenia.

3) Skurcz żołądka toniczny *(gastrospasmus)*. Co do istnienia téj nerwicy ruchowéj nie mamy dostatecznych dowodów, a podczas gdy niektórzy autorowie zaprzeczają wprost istnieniu téjże utrzymują inni, że skurcz toniczny żołądka łączy się zawsze z bólem. Wprawdzie w przypadkach zwężenia odźwiernika można nieraz widzieć i czuć toniczny skurcz żołądka, skurcz jednak taki trwa tylko przez krótki czas i nie wywołuje żadnego bólu, ale tylko uczucie ściągania. To pewna, że największa część kurczów żołądkowych jest nerwicą czysto czuciową (gastralgia), a czy w poszczególnym przypadku istnieje równocześnie skurcz toniczny żołądka, trudno po dziś dzień rozstrzygnąć.

4) Niespokój ruchów robaczkowych *(peristaltische Unruhe)* opisał najprzód Kussmaul na podstawie dwóch przypadków przez siebie obserwowanych, w których widzieć można było przez powłoki brzuszne bardzo żywe ruchy robaczkowe całego żołądka zwłaszcza w czasie trawienia. Ruchy te przebiegały w kształcie fal od części wpustowéj żołądka ku odźwiernikowi. To spotęgowanie się ruchów robaczkowych żołądka tłumaczy Kussmaul podwyższoną pobudliwością ośrodków nerwowych, z których wychodzą pobudki dla ruchów robaczkowych żołądka. Oser natomiast skłonniejszym jest do szukania przyczyny mechanicznéj w celu wyjaśnienia niespokoju robaczkowego, a mianowicie dopatruje się jéj w zwężeniu odźwiernika, pochodzącém z jakiegokolwiekbądź powodu; spotęgowanie się bowiem ruchów robaczkowych żołądka ma być w takich razach sposobem do zwalczenia mechanicznéj przeszkody wynikłéj ze zwężenia odźwiernika. Przy téj sposobności wspomina autor także o niespokoju ruchów robaczkowych jelita, opisując kilka przypadków téj choroby. Chorzy skarżą się zazwyczaj na ciągłe odbijanie, na wzdęcie brzucha i częste odchodzenie gazów, przysłuch zaś wykazuje w różnych okolicach brzucha najróżnorodniejsze szmery zbliżone jużto do metalicznych, grubobańkowych rzężeń, jużteż do szumu, gwizdów lub świstów. Przepłukiwanie żołądka, uregulowanie dyjety, faradyzowanie tłoczni brzusznéj i zabiegi hydroterapeutyczne świadczą w téj nerwicy ważną usługę.

5) Odbijanie nerwowe *(eructatio)*. W każdym żołądku znajduje się powietrze, którego całkowicie nie można wydobyć nawet za pomocą pompy. Dla tego téż odbijanie się powietrza leży po części w granicach fizyjologicznych. Im kto szybciéj jé i im mniéj dobrze żuje, tém większą ilością powietrza wypełnia żołądek, który skutkiem tego przedstawia się balonowato wzdętym. Oprócz gazów pochodzących z powietrza połkniętego wraz z pokarmami mogą w żołądku powstawać gazy skutkiem kiśnienia treści żołądkowéj. Gazy z żołądka bywają wypędzone najczęściéj przez skurcze żołądka, rzadziéj zaś przez działanie tłoczni brzusznéj lub silny wydech. Obfite i częste odbijanie się gazów przydarza się szczególnie u chorych na macinnicę. Odbijania trwają czasem bezprzestannie dzień i noc, albo téż występują w napadach kilkugodzinnych. Zdaniem autora może się dostać powietrze bez pokarmów do żołądka w dwojaki sposób. Przez dowolne podniesienie krtani dostaje się powietrze do górnéj części przełyku, a ztąd wpychają je mimowolne skurcze mięśni przełykowych do żołądka. Drugi sposób polega na aspirowaniu powietrza przez żołądek. Przy otwartym bowiem wpuście żołądka mogą spotęgowane ruchy żołądka, zwłaszcza skurcze mięśni podłużnych, wciągnąć powietrze z przełyku do wnętrza żołądka. Leczenie téj nerwicy ruchowéj żołądka jest nieraz bardzo trudne. Pompowanie powietrza z żołądka jest bezskutecznem, wkrótce bowiem wypełnia się żołądek ponownie powietrzem. Zwrócenie uwagi na główną chorobę (macinnica) jest największéj doniosłości. Dobrze czasem działał bromek sodu, podawany po jedzeniu, roczyn Fowlera, *Extr. Belladonnae* lub atropin (po pół milligrama w pigułkach 2 razy dziennie). Opium i morfin nie miały żadnego wpływu na tę chorobę. Spokój umysłowy, kąpiele żelaziste i morskie, górskie powietrze i leczenie zimną wodą, sprowadziły nieraz znaczne polepszenie. (Dok. n.)

Prof. Doutrelepont: **O prątkach kiłowych**.

W roku zeszłym w końcu listopada ogłosił po raz pierwszy Lustgarten (*Wiener med. Wochenschrift*, Nr. 47), że we wrzodzie twardym kiłowym, jakoteż w guzach kiły trzeciorzędnéj znalazł charakterystyczne prątki, które uważa za swoiste dla kiły. Fürth i Mannaberg potwierdzili jego badania. Cornil, Alvarez i Tavel podali na posiedzeniu *Academie de Medecine* z dnia 4 sierpnia rb., że w łoju podnapletkowym i śluzie, wydzielanym przez części rodne zewnętrzne w stanie zupełnie prawidłowym znajdują się laseczniki odpowiadające zupełnie prątkom kiłowym Lustgartena.

Badania nad prątkami, wykrytemi przez Lustgartena, podjęte przez Doutreleponta, doprowadziły go do następującego wyniku. We wszystkich okresach kiły, we wszystkich jéj tworach, we wszystkich narządach napotyka się prątki, bardzo podobne do prątków gruźliczych i trądowych, różniące się jednak sposobem, w jaki się dają zabarwić. Prątki te, zdaniem Doutreleponta, należy może uważać za patogenetyczne, a to ze względu na stałość ich znajdowania się w tworach patologicznych kiłą wywołanych, i ze względu na analogiję, jaką przedstawiają z prątkami trądu i gruźlicy.

Cechy patognomoniczne odjęło tym lasecznikom odkrycie Cornila, Alvareza i Tavela, które Doutrelepont musi w zupełności potwierdzić. Również zachodzi w obecnéj chwili wątpliwość, czy nawet prątki, wykryte przez Lustgartena, w ogóle uważać należy za patogenetyczne, związek jakikolwiek z kiłą mające. Wątpliwości w tym względzie rozstrzygnąć mogą tylko hodowle, które dotąd się nie powiodły, i szczepienia czystemi prątkami z hodowli otrzymanemi, które, jak to samo z pierwszego wynika, dotąd były niemożebnemi. (*Allg. Wien. med. Ztg.*, 1885, Nr. 42). *Dr. Kopff.*

Dr. Koerner: **O dysfagii w chorobach gruczołów oskrzelowych**.

Z powodu ukrytego położenia rzadko kiedy jesteśmy w stanie choroby gruczołów oskrzelowych rozpoznać, tém mniéj, że tylko w niektórych razach sprawiają one choremu pewne dolegliwości. Prosty przerost lub zwapnienie ich czasem prowadzi do silnéj dysfagii i sonda w skutek ucisku przełyku z trudnością przezeń przejść może. W innych razach choroby gruczołów oskrzelowych wywołują zapalenia i ropnie w śródpiersiu lub w tkance otaczającéj przełyk w następstwie czego wytwarzają się później zwężenia. Trzy przypadki takiéj dysfagii autor sam obserwował, a wiele innych przytacza ze spostrzeżeń innych autorów. U jednego

z tych chorych w skutek ropnia w gruczołach oskrzelowych wytworzyła się przetoka między przełykiem a tchawicą, potém się zagoiła tworząc zwężenie przełyku, które zmusiło chorego do używania sondy. Lecz i ta wkrótce nie mogła przejść przez przełyk, a chory wkrótce zmarł w skutek nowéj przetoki. Dwa inne przypadki co do przebiegu podobne były do pierwszego.

Co do rozpoznania zwężeń przełyku powstałych w skutek chorób gruczołów oskrzelowych podaje autor następujące uwagi. Jeżeli cierpienie takie przebiega przewlekle, to nigdy prawie nie możemy stanowczo wykluczyć raka przełyku, który na zwężeniu powstałém po ropniach w gruczołach oskrzelowych łatwo może się rozwinąć. Dysfagija w skutek ucisku przełyku przez tętniak tętnicy głównéj nie ma w sobie nic charakterystycznego. Z początku przełyk bywa przesunięty na jednę stronę, a dopiero wtedy bywa uciśnięty, jeżeli tętniak dojdzie do znacznéj wielkości. W tych jednak razach tętniak łatwo rozpoznać po właściwych mu objawach. Co się tyczy ropni opadowych to w początkach ropień taki nie uciska przełyku, jeżeli zaś jest bardzo wielki to i zmiany chorobowe w kręgach cechują się tak wybitnemi objawami, że łatwo przyczynę dysfagii wykryć. Nowotwory zaś w śródpiersiu przedniém dają się łatwo wypukiem stwierdzić, tylko możebném jest, że nowotwory tylnego śródpiersia mogą wywołać ucisk przełyku. Dysfagia w skutek zmian chorobowych w gruczołach oskrzelowych może występować w każdym wieku, tylko u dzieci i u młodych osób prawie zawsze możemy wykluczyć raka przełyku. Ponieważ wszelkie zmiany patologiczne w gruczołach oskrzelowych mogą prowadzić do dysfagii, należy więc zwracać szczególną uwagę na płuca, czy w nich nie znajdziemy czasem wskazówki, jak się zachowują gruczoły oskrzelowe. Baréty, Rilliet i Barthez twierdzą, że można rozpoznać wypukiem powiększenie gruczołów oskrzelowych przez stłumienie na trzonie mostka, a wysłuchem ma się obserwować wdech oskrzelowy — wielu jednak autorów i sam Koerner nie przyjmuje tego za objaw pewny. Ważną jest także okolicznością przy rozpoznaniu czas trwania dysfagii, ponieważ dysfagija w skutek zmian w gruczołach oskrzelowych trwa nieraz bardzo długo, czego przy raku nie bywa. Sama dysfagija nie jest bardzo uciążliwa, a rzadko kiedy bywa zupełna afagija. Jeżeli zaś ropień z gruczołów oskrzelowych przedostanie się do przełyku, to po zagojeniu się przetoki i dysfagija może zupełnie ustąpić. Sondując znajdujemy najczęściéj przeszkodę na wysokości rozdzielenia się tchawicy. (*Arch. f. klin. Med.* t. 37).

Dr. J. Surzycki.

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie Tow. lek. krak. z d. 21 października 1885 r.
Przewodniczący koł. A. Rosner. Członków obecnych 15.

1. Kol. Trzebicki mówi „o stosunku litolapaksyi do cięcia kamienia“. W wykładzie tym prelegent rozbiera i zbija zarazem zarzuty podniesione przeciw litolapaksyi w ostatnich czasach, podnosi jéj zalety w odpowiednich przypadkach, poparte statystyką Thompsona i Dittla. (Rzecz ta drukowana była w *Medycynie*).

Kol. Obaliński przypomina w dyskusyi modyfikacyję podaną przez Antala z Budapesztu a polegającą na dokładném odsunięciu otrzewny z pęcherza ku górze i ścinaniu skośném brzegów rany pęcherzowéj, przez co otrzymuje się szersze stykające się z sobą powierzchnie ranne, umożebniające rychłozrost nawet w tak ciężkich przypadkach jak jego ostatni, w którym u wiekowego mężczyzny resekował $1/3$ część ścian pęcherza zajętych przybloniakiem. W każdym razie szew rany pęcherzowéj nadłonowéj jakkolwiekby nie sprowadził rychłozrostu, chroni przez jakiś czas od zacieku moczowego, poczém obejmują tę role granulacyje tymczasem w ranie powstać mogące. O. poleca bardzo cięcie środkowe jako bardzo łatwe do wykonania, mało raniące a ostatecznie dozwalające przez bezkrwawe rozszerzanie szyi pęcherza (podobnie jak to czynili starzy w metodzie *cum apparatu magno*) wydobycie nawet większych kamieni, na poparcie czego przytacza własny przypadek, w którym u 10-letniego chłopca wydobył kamień wielkości kasztana. Gdyby kamień okazał się za dużym, można go przez ranę skruszyć (*lithotripsia perinealis Dolbeau*). — Kol. Mikulicz zgadza się zupełnie na zapatrywania prelegenta co do wyboru poszczególnych metod usuwania kamieni pęcherzowych. Cięcie jednak dolne uważa za odpowiednie tylko w celach dyjagnostycznych lub dla usunięcia nowotworów pęcherzowych nie zaś dla wydobycia kamienia. — Kol. Obaliński mniema, iż nie ulega kwestyi, że tak jak dzisiaj rzecz stoi, należy użyć litolapaksyi, jeżeli ona tylko jest możebną, gdzie jednak wskazaném będzie wycięcie kamienia, tam należałoby oddać pierwszeństwo metodzie najłagodniejszéj, za jaką uważa cięcie pośrodkowe. Absolutnie wskazaném ono będzie u dzieci; w przypadkach kamienia małego a bardzo twardego (szczawian w kształcie morwy); w obec zwężeń cewki moczowéj utrudniających przystęp do pęcherza, zresztą tam, gdzie stwierdzenia kamienia musianoby dokonać za pomocą „boutonnière“, jak to wykazał Thompson. *Dr. Dobruchowski.*

Sprawozdanie z posiedzenia członków Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk Poznańskiego z d. 9 października 1885 r.

Obecni koledzy: prezes Matecki, Świderski, Koehler, Koszutski, Kapuściński, Dr. Wlazłowski z Pszczewa i sekretarz; goście: panowie Dr. Jankowski i Drobnik.

W rozprawie nad chorobami nagminnie panującemi kol. Koszutski zauważa, że zapalenia gardła w najrozmaitszych występują postaciach. Ponownie przekonywał się także, że dyfteryja, pomimo powikłań, ustępuje pod wpływem sposobu leczenia przez kol. K. swego czasu poleconego. — Kol. Świderski leczy także pomiędzy dziećmi na pensyjach dużo przypadków zapaleń gardła, które ustępują lekkim środkom. — Kol. Wlazłowski podnosi, że już w ciągu kilku lat obserwuje w swojéj okolicy epidemiję dyfteryi, która zawsze mniéj lub więcéj w tym samym występuje czasie, a obecnie pojawiła się około 20 września i to umieszczając się w połyku, na migdałkach i w nosie. Ponieważ od lat 15 w ogóle, a w szczególności w okolicy Pszczewa, nie uważano zimnicy, przeto kol. W. zniknięcie jednéj choroby a pojawienie się drugiéj przypisuje zmianie uprawy ziemi przypuszczając, że przez drenowanie łąk i spuszczanie stawów straciły grzybki zimnicze podstawę bytu, podczas gdy mikroorganizmy dyfteryjne zyskały łatwość rozwijania się. Co do metody stosowania kalomelu nie przekonał się o skuteczności tegoż i sądzi, że proste przepłukiwanie słoną wodą w wielu razach prawdziwéj dyfteryi także pomódz może: zwykle zaś używa salicylanu sodowego 4:100 do płukania. Dowodu zaś, że w tych przypadkach miał do czynienia nie z czém inném tylko z dyfteryją, upatruje w tém, że nieraz po 9ciu dniach pozostawały jeszcze złogi dyfteryjne.

Kol. Koehler odczytał rzecz pod tytułem: Febra sienna według własnych spostrzeżeń, w któréj to pracy dawszy pogląd na istotę choroby przytoczył kilka przypadków rzadkiéj téj choroby przez siebie spostrzeganych. (Praca ta została ogłoszoną w Przeglądzie Lekarskim).

W rozprawie zabiera głos kol. Świderski: dychawica sienna bardzo często występuje na łęgach noteckich, a w przypadkach, które miał sposobność widzieć, uderzała nadzwyczajna czerwoność przełyku. — Kol. Wicherkiewicz od wielu lat uważa, że w czasie sianobrania jakoteż kwitnięcia zboża występują liczne bardzo zapalenia spojówek, uchodzące zazwyczaj za kataralne, a odznaczające się przedewszystkiém znaczném przekrwieniem przeważnie spojówki gałki i to w częściach od-

krytych pomiędzy powiekami, przytém wydzielina mniéj więcéj obfita, ropiasto śluzowa, a nadto dość silne wydzielenie błon śluzowych nosa; z tego możnaby wnosić, że to cierpienie spojówki podobnym wywołane jest wpływem co i febra sienna. Czy, jak to prelegent sądzi, pyłek kwiecisty siana i zboża wywołuje te objawy, nie śmie rozstrzygać, zwracając jednak na to uwagę, że według Eulenburga ma chorobę sienną wywoływać, ulatnianie się eterycznych cząstek licznych rodzai koniczyny, głównie zaś ulatnianie się pierwiastka tychże zwanego kumarynem. Na uwagę zasługuje i ta okoliczność, że namok siana, według doświadczeń Sattlera, Hippla i innych, wywołuje na spojówce objawy podobne do tych, które pod wpływem namoku ziarn jekwirytycznych spostrzegano, a które starano się wyzyskać celem leczenia jaglicy, tylko że objawy u tamtego nie są tak silne, jak u tego środka. — Kol. Wlazłowski podaje, że dychawica występuje głównie w czerwcu, zdaje się więc, że na jéj powstanie oddziaływają wpływy przez prelegenta poruszone. — Kol. Koszutski mniema, że przeważną rolę gra tkliwość osobliwa i przypuszcza, że chorobę sienną wywołuje *anthoxanthum odoratum*. — Kol. Koehler odpowiadając na uwagi poprzednie podnosi, że według Blackleya, który największe ma pod tym względem doświadczenia, przedewszystkiém kwiat zboża i trawy wywoływać ma rzeczoną chorobę, lubo w Ameryce także i piolun o to jest obwinianym. Daléj tłumaczy dychawicę, która powstaje ze zmożenia się dolnéj muszli. Silniejsze naprężenie wywołuje tutaj nacisk silny na nerwy, a ten w dalszém następstwie rozmaite objawy w odległych nawet częściach ustroju. Już nieżyt sam przez się może zrodzić dychawicę, która stanie się jeszcze silniejszą, gdy do nieżytu przystąpi podrażnienie. — Kol. Wlazłowski wspomina o swojéj tkliwości osobliwéj dla jagód leśnych, które, lubo je znosił jako dziecko, późniéj zawsze wywoływały przykre objawy, jakoto: zawrót, gorączkę, strzykanie w mięśniach i palenie w otworze odchodowym. Raz nawet nalewka z jagód czerwonych stała się powodem dość silnego rozchorowania się kol. W., lubo pokrzywka sama nie wystąpiła.

Kol. Koehler okazuje kamyczek, składający się głównie z fosforanu wapna ważący 85cgr. a wyjęty z dolnéj części nosa.

Dr. Wicherkiewicz.

V. Szkice sanitarne z Persyi.

Podał Dr. W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 44).

Czém są i jak się przedstawiają bazary wschodnie? to po części wiadomo nam z opowiadań turystów. Pomimo ciekawych wyrobów i cennych szczegółów, jakie w sobie zawierają, dla hygijenisty ukazują się one w szacie wydatnie odmiennéj, którą tylko należy unieść, aby się zapewnić, jak im wiele nie dostaje do odpowiedzenia najzwyklejszym warunkom hygijenicznym. Wyróżniającą cechą bazarów perskich w porównaniu z tureckiemi, indyjskiemi lub arabskiemi, jest to uderzający w pierwszych nieład w ugrupowaniu przedmiotów wystawionych na sprzedaż, a także i brak podziału między rozmaitemi rodzajami rzemieślników nieznajdujących najmniejszéj trudności w wybieraniu sobie dowolnych stanowisk w bazarze. Już ta jedna okoliczność odejmuje perskim bazarom pewien rodzaj powabu, jaki spotykamy w innych podobnych miejscach, gdzie sięześrodkowuje przemysł i handel miejscowy. Bazary perskie są to wąskie lecz długie ulice, prawie zawsze przykryte sklepionym sufitem, a tylko niekiedy rogóżką, lub kawałkiem staréj tkaniny, unoszących się nad obustronnemi rzędami sklepów lub bud, ciasnych, ciemnych, wąskich, opatrzonych w drewniane na zawiasach spoczywające odrzwia, zbudowanych zwykle z niewypalonéj cegły lub tylko zlepionych z gliny i cienkich, łomkich deszczułek. W takichto zbyt szczupłych przestrzeniach, otrzymujących światło tylko z ulicy, właściciel roztasowuje cały swój zasób. Stosy towarów wypełniają każdą piędź podobnego sklepu, w którego środku usadowiony na wytartym dywaniku handlarz, z braku przestrzeni pozbawiony wolności ruchów, siedzi w skurczonéj pozycyi dzień cały, posługując się tylko rękami do wydobycia tego lub owego towaru, co także nie odbywa się z potrzebną łatwością. To nam tłumaczy ową niechęć wschodnich handlarzy, jaką okazują, gdy żądamy pokazania rzeczy wystawionych na sprzedaż. Po prostu i z wrodzonego lenistwa nie chce się sprzedającemu ruszyć z miejsca i zmienić pozycyję, aby zadowolić ciekawość przechodnia. Dość już że zadał sobie pracę urządzenia swéj budy, a wybór przedmiotu pozostawia się już ruchom samego kupującego.

Srodkiem bazarowéj ulicy płynie tradycyjnego znaczenia kanał, do którego ściekają nieczystości pochodzące tak z samych bud handlarskich, częstych kuchni, jak również i z wychodków porozrzucanych tu i owdzie. Do tak zamkniętych przestrzeni promień słońca przedostaje się tu dzięki istniejącym gdzieniegdzie rozpadlinom w sklepieniu lub dziurom w użytéj do przykrycia płachcie. Więc też zimna wilgoć zdradzająca się swym przenikającym odorem jest tu wiecznie trwałą. Dodać wypada i nieporządek w rozkładzie sklepików. Bo jeżeli obok handlującego jedwabiami usadowi się rzeźnik, przy nim miejscowy mydlarz i cukiernik, i daléj gdy obok złotnika zajmie stanowisko kucharz, przy tym garbarz itp., łatwo można sobie zdać sprawę, jak podobne sąsiedztwo wpływa na utrzymanie czystości ulicy bazarowéj. To też nic bardziéj wstrętnego jak postać téj ostatniéj, wypełnionéj odpadkami z kuchni, resztkami jarzyn, nieraz szkieletami spożytego jagnięcia, a zawsze tém wszystkiém, co w ciągu całego dnia nagromadzi się u handlujących bakalijami, rybami, nabiałem i jego produktami. Bazary takie będąc zarazem i ulicą przechodniąześrodkowują tutaj zawsze znaczny ruch trwający od wschodu słońca aż do godziny 5éj popołudniu. Cechą jednak podobnego krążenia ludności jest nie zauważany gdzieindziej na wschodzie bardzo prędki chód. Wszystko tu z wyjątkiem obojętnych handlarzy zdaje się pozostawać pod wpływem jakiegoś bodźca, zmuszającego do corychlejszego skończenia swych czynności i do najspieszniejszego opuszczenia bazaru. Łatwo odgadnąć przyczynę podobnego pośpiechu, leżącą nie w czém inném, jak tylko w charakterystycznych wyziewach, jakie się tu wytwarzają, zanieczyszczając sobą i tak nieznaczny zasób powietrza bazarów. W takichto warunkach stale pozostaje handlujący, a częściowo i ci, co mają potrzebę przepędzenia pewnego czasu w perskim bazarze. Przechodzący bywa narażony na zepchnięcie w rynsztok, na ocieranie się raz z brudnym wieśniakiem, z jego osiołkiem, z pędzącym posłańcem, zakapturzoną kobietą lub dla uniknięcia jeszcze większéj nieprzyjemności wyniknąć mogącéj ze spotkania się z jakimś zawadyjackim kawalerzystą, być zmuszonym wcisnąć się pomiędzy miedziane naczynia wypełnione masłem, oliwą, miodem itd. i temi zaznaczyć na odzieży swe przejście przez perski bazar. Wreszcie ostatnią nieprzyjemnością, jaką się wynosi z podobnéj przechadzki, jest znajdowanie na odzieży tych czarno prątkowanych żyjątek, niewymagających do swego odszukania ani drobnowidu, ani preparatów barwikowych. Istotki te znalazłszy się na terenie sobie niewłaściwym, jakby z obawy trzymają się jednego stanowiska, mszcząc się za swe poturbowanie z całym wschodnim fanatyzmem.

Tak przedstawione bazary perskie są to tylko miejsca drobnego handlu. Interesa bowiem na wielką skalę prowadzą

się w tak zwanych karawan-serajach, gdzie też zwykła przesiadywać i *haute finance* miejscowa. Sytuacyja tych budowli, jakkolwiek pozostających w ciągłym stosunku z ulicami bazarowemi, jest znacznie wygodniejszą. Są one zwykle czworokątne, często dwupiętrowe, z dużym przestronnym dziedzińcem, którego środek zajmuje duży ocembrowany zbiornik na wodę, używany do wszystkich wschodnich potrzeb. Woda do podobnego zbiornika bywa doprowadzona drogą złéj kanalizacyi z domów lub z ulicy bazarowéj. Przepłynąwszy więc przez rozmaite warstwy gruntu, dochodzi do zbiornika będąc już dostatecznie zanieczyszczoną. Zdaniem jednak perskich uczonych woda tylko w głębszych swych warstwach bywa zanieczyszczoną. To też i w zbiornikach czyto domowych, czy publicznych, woda bywa odnawianą tylko co parę tygodni, co też i wystarcza do zapewnienia się o jéj jakości nieodpowiedniéj choćby tylko do wypełnienia Nargilleh i posługiwania się nią do oczyszczenia dymu tytuniowego. W przekonaniu, że zasób wody wszystkiemu zapobiega, perski zamożny kupiec przy niéj się ustala. I wtedy siedziba jego czynności jest przestronną, sklep bywa oszklony i obszerniejszy od bazarowych, a otwarty dziedziniec pozwala na łatwą odnowę powietrza i utrzymania większéj stosunkowo czystości. To też gdy się porówna kupca ze wspomnianego karawan seraju z jego sąsiadem z budy bazarowéj, odrazu wydatną można znaleźć różnicę w wyrazie i cerze twarzy, dowodzących, że gdzie nie brak powietrza, to tam choćby nawet nie uprzątano przysłowiowych brudów, to jeszcze działanie ich nie okaże się tak szkodliwém, jak to koniecznie musi mieć miejsce w przestrzeniach wąskich i ciasnych bazarów tutejszych.

W pewnych warstwach ludności wschodniéj istnieje przekonanie, że łatwiéj obejść się bez bielizny i odzieży niż być pozbawionym kąpieli w łaźni. Do podobnego twierdzenia wypada jeszcze dodać obowiązek częstego obmywania się, przepisany zakonem. Ztąd też prócz codziennych ablucyj prawowierny Szeita perski winien bezwarunkowo raz na tydzień, i to koniecznie we czwartek, wykąpać się w łaźni, aby być czystym na tak zwaną noc piątkową (dżuma, gedżessi), w któréjto podług persko-arabskich prawodawców najpewniéj miewa miejsce zapłodnienie kobiety. Jużtéż choćby tylko dla tego warto chodzić do łaźni. Niemniéj po każdorazowém nocném zmazaniu się, uważaném za dzieło psotnika-szajtana, łaźnia jest niezbędną. Nic się nie da zarzucić podobnym zwyczajom, gdyby tylko łaźnia perska odpowiadała swemu celowi, t. j. gdyby oczyszczała, zamiast brudzić tylko. Tegoto właśnie nie znajdujemy w łaźniach tutejszych, będących gorzéj niż parodyją podobnych zakładów publicznych w Turcyi lub Arabii. Jeżeli tam łaźnia zdumiewa swą monumentalną postacią i sposobami brania kąpieli parowéj zachęca do jéj odwiedzenia, przypominając niejako grecko-rzymskie wygody, to tutaj kwestyja ta przedstawia się w postaci zupełnie odmiennéj. Nic bowiem brudniejszego nad łaźnię perską. Stosownie do przepisów religijnych urządzona w podziemnéj pieczarze, do któréj schodzi się po kilkunastu stopniach, łaźnia tutejsza posiada na pewnéj ograniczonéj przestrzeni zbiornik wody, niemającéj wcale odpływu, odnawianéj bardzo rzadko i jedynie w skutek usilnych nalegań jakiegoś bardziéj dystyngowanego gościa. W takichto zbiornikach wody zaledwie letniéj każdy z przychodzących winien najprzód odbyć pierwszą operacyję łaźniową, obmyć się w zbiorniku o tyle, o ile na to pozwala jego drażliwość, i dopiero późniéj przyniesioną w glinianém naczyniu wodą gorącą oczyścić się należycie. Woda użyta do obmywań ścieka na nowo do wspólnego zbiornika. Nowo przybyły posługuje się nią daléj, w przekonaniu, że jest świeżą, bacząc tylko na to, aby ją brać z górnych warstw, które podług przekonań ludowych zawsze są czyste. Do takiéjto łaźni, gdzie łatwiéj można uczuć dreszcze niż wywołać poty, wszystko uczęszcza. Zwyczaju przynoszenia z sobą bielizny kąpielowéj tutaj nie ma. Prosty gruby ręcznik tak zwany Pesztymał bywa podawany kilkakrotnie, zawsze jednak suchy, bo wywieszany po każdorazowém użyciu na zewnętrznych ścianach łaźni. Rzecz zrozumiała, że jeżeli podobny sposób brania kąpieli, choć z trudnością ale zawsze przecież usunie jakąś warstwę nagromadzonego w ciągu tygodnia brudu, to z drugiéj strony stanowczo naraża na łatwe nabycie chorób skórnych lub nawet zakaźnych, w skutek posługiwania się najprzód nieodmienianą wodą, a daléj i ręcznika odnawianego tylko w razie zdarcia się. (C. d. n.)

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 15—21 listopada umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 37,2. Z odry umarło 5 (2 z. t.); z płonicy 0 (2 z. t.); z błonicy 4 (0 z. t.); z duru brzusznego 2 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 5 przypadkach odry, 1 płonicy. W tygodniu od 8—14 listopada umarło z ospy: w Warszawie 6, w Mnichowie 2, w Wiedniu 17, w Budapeszcie 8, w Pradze 7, w Rzymie 2, w Wenecyi 13, w Zurychu 1, w Paryżu 4, w Londynie 1, Liwerpolu 3, w Petersburgu i Odesie po 1. Z duru osutkowego umarło w Warszawie i Lipsku po 1. Z duru brzusznego umarło Paryżu 14. Z odry umarło w Królewcu 48, w Paryżu 17, w Londynie 51. Z płonicy umarło w Berlinie 13, w Londynie 19, w Petersburgu 15. Z błonicy umarło: w Berlinie 33, w Dreźnie 11, w Hamburgu 12, w Lipsku 9, w Wiedniu 14, w Paryżu 22, w Londynie 35, w Warszawie 13, w Chrystyjanii 12.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 8—14 listopada umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 22,5; w Warszawie 28,8; w Poznaniu 30,0; w Wiedniu 25,7; w Budapeszcie 25,9; w Pradze 27,7; w Berlinie 27,9; w Hamburgu 25,4; w Gdańsku 28,2; w Mnichowie 32,9; w Lipsku 23,1; w Dreźnie 25,0; w Amsterdamie 22,0; w Bazylei 15,8; w Brukseli 24,8; w Chrystyjanii 20,3; w Genewie 21,1; w Kopenhadze 21,3; w Londynie 19,6; w Odesie 32,1; w Paryżu 20,0; w Petersburgu 24,3; w Rzymie 23,4; w Stokholmie 22,4; w Wenecyi 31,9; w Zurychu 17,8. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Krakow** d. 3 grudnia. Na posiedzeniu w d. 28 listopada odbytém Wydział lekarski mianował Dra Rudolfa Trzebickiego asystentem przy klinice chirurgicznéj na dalsze dwa lata, a Dra Romana Sondermayera elewem w téjże klinice na rok jeden.

* Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lekarskiego krak. odbyła się ożywiona dyskusyja nad resekcyją wola, w któréj wzięli udział proff. Obaliński, Korczyński, Cybulski, Rosner i Drowie Pieniążek, Warschauer, Gluziński i Prus, a wreszcie prof. Mikulicz.

* Ostatnie posiedzenie Tow. lek. wiedeńskiego odbyło się w zakładzie prof. Strickera, który przedstawił naprzód krzywe kymograficzne za pomocą mikroskopu elektrycznego, następnie rozmaite preparaty drobnowidowe, a wreszcie przedstawił nowy sposób mikroskopowania w świetle wpadającém, podając, że na ten sposób badania miał sobie zwróconą uwagę przez prof. Wróblewskiego w Krakowie i że odtąd posługuje się nim z wielką korzyścią. Mamy nadzieję, że prof. Wróblewski niezadługo w zakładzie swoim, który właśnie w tym kierunku urządza, ten sposób badania przedstawi Tow. lekarskiemu naszemu.

* Z Wiednia wyjechali na widownię walki serbsko bulgarskiéj prof. Mossetig z dwoma asystentami, docent Wittelshöfer, Dr. Bum; lekarze wojskowi; Gschirtachl, Hubi-

cki, Kowalski, Fränkl, Fillenbaum, Snuller, Cippl i Pawlecka. Lekarz sztabowy serbski Dr. Versović znalazł śmierć od rannego Bułgara śród opatrywania rannych. Według listu Dra Maydla z Belgradu znajduje się obecnie w stolicy serbskiéj 1800 rannych, w Niżu 800, a w Kragujevaću 500.

* **Praga czeska** d. 30 listopada. Na dzisiejszém posiedzeniu Spolku lekařův českých demonstrował 1) Dr. Prokeš dziesięciomiesięczne dziecię z *Ectopia vesicae urinariae* i defektem kości łonowych. Następnie 2) Dr. Obrzut okazał preparat *Myoma striocellulare cordis* u dziesięciodniowego dziecka, które bez bliższego rozpoznania umarło wśród znacznéj sinicy. Nowotwór wychodził z komory lewéj jako guz wielkości kurzego jaja pokryty warstwą sercową osierdzia, która bez wyraźnéj granicy przechodziła na nowotwór. Badanie mikroskopowe wykazało budowę drobnojamistą, przetwory wolne odpowiadały rozszerzonym naczyniom, podścielisko składało się częścią z włókien mięsnych z prążkowaniem wyraźném, częścią z tkanki tłuszczowéj, w któréj znajdowały się komórki wrzecionowate prążkowane. Jestto dopiero 4 przypadek znany w literaturze nowotworów tego rodzaju wychodzących z serca. Pierwszy ogłosił Recklinghausen w r. 1862, drugi Virchow w r. 1864, trzeci Virchow i Kautzow w r. 1866. Nowotwór po stwardnieniu w alkoholu zbada przedstawiający jeszcze dokładniéj mikroskopowo. Wreszcie 3) Doc. Dr. Michl mówił o obecnym stanie nauki o resekcyi żołądka.

Dr. Obrzut.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Marburg.** Dr. Karol Roser habilitował się jako docent chirurgii. — **Fryburg.** Dr. Kast mianowany został nadzw. profesorem medycyny wewnętrznéj. — **Amsterdam.** Dr. van Haaren-Noman mianowany został prof. chorób skórnych i kiłowych. — **Wiedeń.** Na ostatniem posiedzeniu Wydziału przedstawiony został do nominacyi profesorem nadzwyczajnym doc. chemii i higijeny Dr. Kratschmer oraz zgodzono się na habilitacyje doktorów Bocka (z okulistyki) i Kassowitza (z pedyjatryi).

* **Nekrologija.** W Królewcu umarł nadzw. prof. Dr. Ernest Burow (syn prof. Augusta B. zmarłego w r. 1874). — W Petersburgu umarł w 67 r. życia Dr. Minn, b. prof. med. sądowéj w Moskwie, tłumacz anatomii patologicznéj Rokitanskiego, ale zarazem i dzieł Dantego, Szekspira i Schillera na język rosyjski.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 48: Meyersona: O przewlekłym nieżycie nosa i zboczeniach nerwowych w związku z nim będących. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 48: Ołtuszewskiego: Koordynacyjny skurcz głośni; Florkiewicza: Dwa przypadki promienicy (dok.).

Redakcyja otrzymała:

GLUZIŃSKI i JAWORSKI: Methode f. d. klin. Prüfung u. Diagnose der Störungen in d. Verdaungsfunktion. (Odbitka z „Berl. klin. Woch.“) in 8vo str. 4.

Dr. DUNIN (w Warszawie): Anatomische Veränderungen in den Lungen bei deren Compression. (Osobna odbitka z „Archiwu Virchowa“) in 8vo str. 22.

Tenże: Anatomische-Untersuchungen über Nierenentzündung u. Morbus Brightii. (Osobna odbitka z „Archiwu Virchowa“) in 8vo str. 54.

Dr. A. SCHOTT: Zur Therapie der chronischen Herzkrankheiten. (Odbitka z „Berl. klin. Woch.“) in 8vo str. 35.

Piśmiennictwo lekarskie. COHN H. Tageslicht-Messungen in Schulen. (S.-A.) gr. 8. Wiesbaden, Bergmann. M. — 80.

COHNHEIMS J. Gesammelte Abhandlungen. Hrsg. v. Wagner. M. 8. Taf. u. 1 Portr. gr. 8. Berlin, Hirschwald. M. 20.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.